J
XXX
1
18/5

494.25/P

J.xxxi

18/5

INSTRUCTION PRATIQUE

SUR

L'USAGE DU FORCEPS

DANS

L'ART DES ACCOUCHEMENS.

PAR

JACQUES FRÉDÉRIC SCHWEIGHAEUSER,

ancien Médecin de l'université de Strasbourg et de l'armée;
Médecin-Accoucheur à l'hôpital civil de Strasbourg.

A PARIS

chez AMAND KOENIG, quai des Augustins, No. 18.

ET A STRASBOURG

chez le même, rue du dôme, No. 26.

AN VII.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30388387

PRÉFACE.

La Nation française occupe dans l'histoire des iences un rang distingué, tant pour l'invention ie pour la restauration des arts. Ses principes sur rt des accouchemens, comme ceux de la chimie nos jours, ont été accueillis et adoptés par tou- les autres nations. S'il se fait sentir entre elles e certaine émulation, une espèce d'ambition tionale, qui contribue à l'invention des arts, les enrichir, ou à les refondre, à les proté- , ou à les faire parvenir au plus haut degré ssible de perfection, c'est au génie français, leur en a donné l'impulsion, qu'elles en t redevables.

Cette émulation, louable sans doute, a nmoins ses bornes; elle pourrait en dégéné-

rant, devenir préjudiciable à l'art sur lequel on l'exerce. Quelque ingenieuse que soit l'invention des instrumens nouvellement proposés par *Aitken*, accoucheur anglais, pour terminer certains accouchemens laborieux, elle pourrait devenir dangereuse entre les mains de ceux, qui, n'en appréciant que la théorie, se laisseraient séduire par leur nouveauté, en s'aveuglant sur leur inutilité.

Les Allemands ne se bornent pas à s'occuper de leurs propres découvertes. Ils s'empressent de naturaliser toutes les productions propres à l'accroissement des sciences et des arts, et à en former un ensemble, qui les met au dessus des nations, qui cultivent moins les langues et la littérature étrangère. Aussi est-ce en Allemagne que l'on commença de traiter spécialement, et d'enseigner comme science l'art des accouchemens, qui, éclairé par le flambeau de la Philosophie, y est délivré depuis longtems des préjugés politiques et religieux auxquels l'opérateur était assujetti.

En effet, c'est la science qui distingue l'accoucheur de la sage-femme. Celle-ci, en exerçant son métier, ne fait qu'exécuter les manoeuvres, ou les règles, qui lui ont été données pour les différens cas, dont elle n'a que l'idendité à constater; au lieu que l'accoucheur, qui connaît les principes et les vrais fondemens de l'art, en crée lui même au besoin dans les cas extraordinaires, suivant les indications générales et particulières, que fournissent la cause et la nature de la maladie.

Je publie cette instruction sur l'application du forceps, conformément aux préceptes du célèbre *Ostertag*, qui fut, de son vivant, mon instituteur et mon ami. J'aime à me persuader que les nombreux élèves de cet habile praticien, l'un des derniers, mais des plus estimés disciples de *Levret*, et les accoucheurs même qui ne l'ont pas connu, me sauront gré d'avoir retracé ses principes.

L'ordre, dans lequel les cas de l'application du forceps sont traités, a été déterminé par les

différentes positions de la tête, d'après ses diamètres, et d'après ceux du bassin auxquels ils répondent.

INTRODUCTION.

L'INSTRUMENT le plus utile à l'accoucheur, le *forceps*, a eu le même sort que quantité d'autres puissans moyens dans l'art de guérir. L'usage imprudent que l'on en faisait, d'après des louanges excessives, a souvent donné lieu à des critiques outrées. Ce ne fut qu'après avoir porté le forceps à un certain degré de perfection, qu'on apprit à en apprécier l'utilité.

On serait parvenu plutôt à connaître et la forme la plus convenable et les regles de l'application de cet instrument, si la cupidité des possesseurs de secrets, de tout tems si préjudiciable à l'art de guérir, avait permis aux hommes instruits et capables de juger, d'en prendre connaissance. C'est pour cette raison que l'histoire du forceps est mêlée de tant de contradictions et de faits douteux, qu'il n'est pas encore décidé à qui attribuer l'honneur de son invention: les Français, les Allemands et les Anglais se le disputent.

L'usage des tenailles, ou de semblables instrumens, paraît fort ancien dans l'art des Accouchemens. Hippocrate, Aëtius, Paul d'Aegine,

Avicenna et Albucasis font mention d'un instrument, que l'on peut prendre pour une pince ou des tenettes. *Jacques Rueff,* qui exerça la chirurgie à Zürich au milieu du seizième siècle, est regardé comme l'inventeur du forceps; mais cet auteur lui-même ne s'est jamais douté, que sa pince pourrait servir à extraire un enfant vivant. C'est plutôt le crochet mousse à large prise, proposé par *Paré,* qui a fourni l'idée de la construction de cet instrument, qui dans son origine fut nommé *Tire-tête* par les Français, *Eductor* par les Anglais, et qu'on n'appella *Forceps* que quand on en eut croisé les deux branches.

Solingen, Hollandais, et *Slévogt,* accoucheur allemand, se servirent sur la fin du dernier siècle d'instrumens que l'on présume être le forceps, ou le levier; et dans le même tems *Drinckwater,* Anglais, se servit d'un forceps, qui n'a été connu que long tems après sa mort.

Hugues Chamberlen, Anglais, termina des accouchemens avec un instrument, vers la fin du dernier siècle. Il en fit un secret, qu'il proposa de vendre en France en 1672, et qu'il vendit en Hollande en 1693 à Roonhuysen et Ruysch. Dans la préface de sa traduction de Mauriceau il s'excuse de ne pouvoir publier ce secret, qui, dit-il, n'appartient pas moins à son père et à ses deux frères, qu'à lui. Quoique le titre de la 6e édition anglaise de Mauriceau de

1727 porte, que *cette édition est augmentée de la description d'un excellent instrument pour amener vivant un enfant qui se présente bien*, on n'y trouve ni la figure ni la description de l'instrument indiqué, lequel paraît avoir été le forceps d'écrit par *Chapman* en 1735.

Si *Palfyn* n'a pas l'honneur d'avoir inventé le forceps, ou d'en avoir fait naître l'idée, il est du moins le premier, qui l'a rendu public: ce fut vers 1722, qu'il communiqua à l'académie des sciences de Paris son *Tire-tête*, appellé les *Mains de Palfyn*. Cet instrument diffère tellement des tire-têtes de ses contemporains, qu'il ne peut les avoir connus: il est plus probable que le crochet mousse de Paré, et les réflexions sur les instrumens, dont les Anglais et les Hollandais firent un secret, ont fait naître à Palfyn l'idée de son tire-tête.

Cet instrument fut bientôt corrigé ou changé par *Gilles le Doux*, qui s'en dit aussi l'inventeur; et par *Palfyn* même, qui y ajouta une troisième cuiller. *Grégoire*, père, *Soumain*, *Schurer*, *Heister* et quelques autres y firent aussi des changemens.

Dès 1730 les forceps des Anglais, de *Giffard*, *Freke* et *Chapman* furent décrits et connus; et quelques tems après, on imagina le moyen de jonction du forceps anglais, dit par *encochure*.

Quoique depuis ce tems *Ould*, Ecossais; *Mesnard*; *Grégoire*, fils; *Rathlaw*, Hollandais; *Schlichting*, Hollandais; *Bing*, Danois; *Burton*, Anglais, et de *Wind*, Hollandais, eussent fait quelques changemens ou corrections au forceps, il paraît néanmoins, que cet instrument ne fut pas beaucoup mis en usage. C'est au génie de *Levret* et de *Smellie*, qu'il était réservé de donner au forceps le degré de perfection, dont il jouit de nos jours. Ces deux accoucheurs ont établi les principes d'après lesquels il doit être construit et mis en usage. *Levret* a le plus contribué à lui donner une forme, qui a le plus de rapport avec la structure du bassin et avec la forme de la tête du foetus: il imagina le *forceps courbe*, qu'il publia en 1751; on ne connoissait auparavant que le forceps droit.

Les changemens ou corrections du *forceps* de *Levret* datent de 1747, 1751 et 1767.

Smellie, qui adopta la *nouvelle courbure* de *Levret* en 1752, se servit de deux forceps, dont l'un était plus long que l'autre.

Les auteurs qui ont corrigé ou changé le forceps depuis ces accoucheurs, sont: *Piet*; *Pugh*, Anglais; *Johnson*, Anglais; *G. A. Fried*, de Strasbourg; *Leake*, Anglais; *J. L. Petit*; *van de Laar*, Hollandais; *Coutouly*; *Pean*; *Sleurs*, Hollandais; *Orme* conjointement avec *Lowder*, Anglais; *Young*, Ecossais; *Evans*,

Anglais ; *Aitken,* Ecossais ; *Mayer,* de Berlin ; *Stark,* de Jena ; *Coutouly* pour la seconde fois ; *M. Saxtorph ,* Danois ; *Boer,* de Vienne en Autriche ; *Osborn,* Anglais ; *Rawlins,* Anglais ; *Denman,* Anglais ; *Lodi,* Italien ; *Santarelli,* Italien ; *Thynne,* Anglais ; *Ant. Dubois ; Busch,* de Marbourg ; *Weisse,* de Dresde ; *Wrisberg,* de Goettingue ; *Rüdiger,* de Tubingue ; *Mulder,* Hollandais.

On couvrait autrefois le forceps avec de la peau de chien pour ne pas toucher les parties de la mère et la tête du foetus avec le fer nud ; mais on a renoncé depuis à ce cuir, dont l'usage n'est pas sans inconvéniens. *Osiander,* habile accoucheur à Goettingue, propose de couvrir le forceps d'un vernis, dont il indique la composition, afin d'empêcher qu'il ne se rouille.

Stein, célèbre accoucheur à Marbourg, recommande un instrument nommé *Labimètre,* moyennant lequel on peut déterminer la distance des deux cuillers du forceps et la grosseur de la tête.

Le *forceps* à accoucher consiste en deux parties ou *branches,* dont chacune a un *manche* et une *cuiller* formée de deux *côtes* ou *serres,* qui laissent entre elles une ouverture nommée fenêtre. Quand les deux branches sont réunies, elles se croisent, et la *jonction* s'en fait à peu près dans leur milieu. Au forceps anglais cette

jonction se fait *par encochure,* ou par le moyen d'une échancrure ou coulisse, dont chaque branche est munie pour recevoir l'autre, et qui réunies forment une charnière. Le forceps français offre une branche mâle munie d'un pivot, et une branche femelle munie d'une ouverture destinée à recevoir le pivòt de l'autre branche: c'est par *entablement* que se fait cette jonction. Les inconvéniens de l'un et de l'autre moyen de jonction sont à peu près les mêmes. L'accoucheur se servira avec plus d'adresse de de l'instrument, avec lequel il a acquis le plus d'exercice. Tous les forceps ne sont pas sans inconvéniens dans leurs usages: en voulant éviter une difficulté par une correction, on s'en crée souvent une plus grande.

Le forceps dont les cuillers seront trop longues, n'offrira pas l'excavation assez forte pour bien pouvoir saisir la tête, et il glissera facilement; ou les cuillers ne seront plus en proportion avec la tête.

Le forceps dont les cuillers seront trop courtes, ne pourra être porté assez avant pour être appliqué sur la tête; il n'en pourra saisir que la tumeur formée par les tégumens; ou la jonction des deux branches se trouvera trop avant dans la vulve, et froissera ces parties.

Le forceps dont les cuillers ont une distance trop peu considérable, glissera à la moindre

attraction, et on sera obligé de le serrer davantage, ce qui peut être dangereux pour l'enfant.

Le forceps dont l'excavation des cuillers est trop forte, ne s'appliquera pas également à la tête, et il la pincera plus à l'endroit, où se trouvent les extrémités des cuillers.

Le forceps dont l'angle curviligne formé intérieurement par les deux cuillers près leur jonction est trop grand, distendra trop la fourchette ; lorsqu'il ne le sera pas assez, la tumeur formée par les tégumens de la tête ne pourra pas s'y loger, et elle sera trop comprimée.

Le forceps dont la côte d'une branche toucherait plus fortement la tête que l'autre, ferait une pression inégale ; il glisserait aisément et blesserait l'enfant.

Le forceps trop pesant serait trop volumineux ; et le forceps trop léger serait trop faible. Celui de Levret est d'une livre et quart à une livre et demi.

Le forceps dont la nouvelle courbure est trop considérable, est difficile à appliquer ; celui dont elle ne l'est pas assez, devra être placé trop verticalement, lorsqu'il faudra travailler dans le sens de l'axe du détroit supérieur, et la fourchette en sera endommagée.

Le forceps de *Baudelocque* servira principalement, lorsqu'on voudra l'appliquer sur une tête, qui se trouve encore au dessus du détroit supérieur; mais beaucoup d'accoucheurs ne se servent du forceps que quand la tête se trouve au moins descendue dans ce détroit. Le forceps de *Stark* saisit bien la tête dans le détroit supérieur, et dans le cas où le forceps de Levret doit être appliqué à contre-sens, celui-ci pourra servir, étant appliqué comme à l'ordinaire. Celui de *Johnson*, qui a le même avantage, outre la nouvelle courbure en a une autre à la partie inférieure des cuillers près de la jonction, par laquelle la fourchette est plus menagée.

Le forceps de *Levret* pouvant servir dans les trois espaces du bassin, et étant le plus en usage tant en France qu'en pays étranger, je vais en donner les dimensions d'après la construction des forceps que ce grand accoucheur fit fabriquer vers 1767, que *Stein* rendit publiques, et dont la figure se trouve, à quelques légers changemens près, dans l'art du coutelier de *Perret* pl. 167.

Dimensions du Forceps de Levret de la troisième correction.

Longueur du forceps, quinze pouces et six lignes.
des cuillers, huit pouces et six lignes.
des manches, sept pouces.

Distance de l'extrémité des cuillers à l'endroit de jonction, sept pouces, six lignes; de sorte que la courbure de la cuiller lui ôte un pouce de sa longueur.

Angle des cuillers près la jonction, dix-huit degrés.

Plus grande distance des cuillers entre elles, deux pouces. Les extrémités des cuillers doivent presque se toucher.

Distance de l'extrémité des cuillers à la plus grande distance des cuillers entre elles, trois pouces.

Plus grande largeur des cuillers, un pouce six lignes.

Distance de l'extrémité des cuillers à leur plus grande largeur, un pouce quatre lignes.

Longueur des fenêtres, six pouces.

Plus grande largeur des fenêtres, neuf lignes.

Longueur de la nouvelle courbure, sept pouces quatre lignes.

Élévation de l'extrémité des cuillers de la ligne horizontale, deux pouces quatre lignes.

Elévation du bord inférieur de l'extrémité des manches de la ligne horizontale, trois lignes.

Hauteur de la cuiller près la jonction, sept lignes.

INSTRUCTION PRATIQUE

SUR

L'USAGE DU FORCEPS

DANS L'ART DES ACCOUCHEMENS.

§. I.

TANT que l'accoucheur prévoit qu'un accouchement s'opérera naturellement, et qu'il n'existe aucune indication de le finir plutôt, ou de le presser, il ne doit se permettre aucun moyen artificiel pour le terminer. Les moyens compliqués, et dont l'usage offre des difficultés, sont inutiles et même dangereux. D'après ce principe on donne pour règle, de ne pas se servir du forceps quand des moyens plus doux, même l'opération de retourner l'enfant et de le retirer par les pieds, remplissent l'indication. Cette dernière pratique est à préférer, parcequ'elle peut être mise en exécution de meilleure heure, avant que la femme en travail soit trop fatiguée par de longues douleurs, ou que d'autres accidens augmentent le danger ; et parceque les doigts souples et sensitifs de l'opérateur ménageront plus que l'instrument les parties de la mère ; mais cette opération expose

plus la vie de l'enfant que l'usage du forceps. Lorsque l'enfant est retiré par les pieds, le cordon ombilical se trouve quelquefois comprimé pendant un tems considérable entre les os du bassin et le foetus, au point que la circulation interrompue devient la cause de la mort de l'enfant, également causée par les extensions forcées de la colonne vertébrale, qui n'ont pas lieu, lorsque la tête se présentant la première, le tronc est expulsé uniquement par les contractions de la matrice ; et ce n'est souvent qu'avec beaucoup de peine et avec le plus grand danger pour l'enfant, que l'on parvient à en dégager la tête, lorsque l'orifice de la matrice se reserrant autour du cou de l'enfant, ou que la tête étant trop grosse, l'extraction en est retardée ou accompagnée de trop grands efforts sur le tronc et même de la luxation de quelques vertèbres cervicales. Le forceps est encore souvent indiqué dans ce cas, mais son application est ordinairement contrariée par de grands inconvéniens. Si pourtant après avoir retourné et ramené l'enfant par les pieds, on n'est pas toujours dispensé d'appliquer les forceps, et si moyennant cet instrument la vie de l'enfant est moins exposée, on peut bien avancer pour *Règle générale, que l'usage du forceps doit être préféré à l'opération de retourner l'enfant ;* eu égard toutefois aux principes suivans : que *plus l'application du forceps est facile, plus*

il est difficile de retourner l'enfant; attendu que la tête ne pourrait être repoussée qu'avec peine et danger ; et *plus il est facile de retourner l'enfant, plus il est difficile d'appliquer le forceps;* vû que l'orifice de la matrice n'est ordinairement pas encore assez dilaté, ou que la tête est encore mobile et peu avancée.

§. 2.

Les *Indications* pour l'usage du forceps sont toute puissante raison de terminer l'accouchement au plutôt, surtout lorsque toute autre opération n'offre pas moins d'obstacles.

1) La cessation entière des douleurs ; si elles sont trop faibles pour opérer l'accouchement ; ou si la femme en travail, pour cause d'épuisement, de maladie, ou par crainte de quelque accident grave, ne peut se livrer sans danger aux efforts nécessaires pour l'expulsion de l'enfant.

2) Une hémorrhagie, qui ne peut être arrêtée, soit quelle provienne de la matrice ou d'une autre partie du corps.

3) Des accès de convulsions vives et longues.

4) Des vomissemens avec effort et presque continuels.

5) De fréquentes syncopes.

6) S'il est nécessaire d'abréger les douleurs de la femme en travail, ou d'y mettre fin.

7) Si la matrice ou les parties qui l'avoisinent, sont menacées d'inflammation.

8) Une rétention d'urines à laquelle il ne peut être remédié autrement; ou si la vessie étoit menacée de rupture.

9) Si la rupture de la matrice est à craindre; ou si elle avoit malheureusement déjà lieu, et qu'il y aurait des contre-indications pour l'opération de retourner l'enfant, et que la section caesarienne pourrait être évitée avec le forceps.

10) Si une descente de la matrice, ou le renversement du vagin exige un prompt secours.

11) Si la tête est trop grande relativement au bassin, que l'enfant soit vivant ou mort; ou si l'étroitesse, ou une difformité du bassin, l'ossification du coccyx avec le sacrum, exigent le secours de l'instrument.

12) Si la tête est enclavée, ou arrêtée dans un des détroits du bassin, au point que les efforts de la nature ne suffisent pas pour l'expulser; ou que le trop long séjour de la tête dans le bassin fasse craindre pour la vie de l'enfant, surtout si les douleurs les plus vives ne font pas avancer la tête: ou s'il est à craindre que l'orifice de la matrice se reserrant au tour du cou de l'enfant n'en interrompe la circulation.

13) Si l'enfant se remue trop; s'il a des convulsions; ou si l'excrétion du méconium prouve qu'il est trop faible pour rester plus long

tems sans danger dans les parties de la mère.

14) Si la tête pressée contre la paroi du bassin, pour cause d'obliquité de la matrice, ou se présentant dans une position non convenable, ne peut franchir le détroit où elle se trouve, et quand les autres moyens de remédier à cette mauvaise position, ou à la fausse direction de la tête seront insuffisans, ou impraticables, surtout si le danger pour la mère ou pour l'enfant s'y joignent.

15) Si le cordon ombilical se présentant à l'orifice de la matrice, devant ou avec la tête, ne peut être repoussé et retenu, et que la vie de l'enfant soit exposée par la compression du cordon entre la tête et les os du bassin, ou si des circonvolutions du cordon autour de l'enfant causent quelque accident grave, la séparation du placenta de la matrice, le déchirement du cordon, l'étranglement de l'enfant, ou le renversement de la matrice; ou s'il retarde l'accouchement au point que la vie de l'enfant paraisse être en danger.

16) Si après avoir retourné l'enfant, la tête ne peut être dégagée sans trop d'efforts sur les vertèbres cervicales; ou si dans l'enfant mort la séparation du tronc d'avec la tête est à craindre ou déjà faite.

17) Si la tête est trop grosse et qu'elle ne puisse être entraînée par le forceps, parcequ'elle

ne se laisse pas suffisamment comprimer, ou si le bassin est trop étroit; de même que, si la tête de l'enfant se trouve enclavée au point de rendre impossible l'introduction du doigt, ou de l'instrument entre elle et les parois du bassin, l'application du forceps devient insuffisante et même dangereuse, et on ne doit pas fatiguer la malade par des essais infructueux; mais il faut procéder à la perforation de la tête, ou à telle autre opération qui sera indiquée. — Si cependant on se voit forcé à la perforation du crâne, quand le forceps se trouve déjà appliqué, il n'est pas nécessaire de le dégager, et on pourra avec le forceps procéder à l'extraction de la tête aussitôt que son volume sera diminué: car même après la perforation du crâne le forceps peut quelquefois être employé avec avantage.

18) Si la mère est tombée en asphyxie ou morte, et qu'il y a espérance de pouvoir retirer l'enfant vivant.

19) Si on est sûr de la mort de l'enfant, et qu'en même tems la mère soit agonisante, il faut en prévenir les personnes présentes, pour décider, si on doit l'accoucher, ou si on consent à la laisser mourir sans l'inquiéter davantage.

20) Le forceps ne doit être appliqué, que sur la tête; et jamais sur les fesses, quoique de célèbres accoucheurs pensent différemment.

Règles générales
pour les accouchemens à forceps.

§. 3.

Les règles générales à observer lors de l'application du forceps sont :

1) L'accoucheur doit soigneusement reconnaître la nature individuelle du cas qui fait l'objet de l'opération. Pour cet effet il doit *avoir présente à l'esprit la structure du bassin, celle de la tête de l'enfant et celle de l'instrument.*

a) *Le bassin* offre de particulier relativement à l'accouchement :

Le détroit supérieur, ou *l'entrée du bassin* qui a quatre diamètres. Les deux *obliques* qui se croisent sont les plus grands dans le bassin garni de parties molles ; chacun en a cinq pouces jusqu'à cinq et demi, d'une symphyse sacro-iliaque à la cavité articulaire du côté opposé. *Le transversal* partage le bassin en deux moitiés, une antérieure et une postérieure ; quoique de la même longueur que les précédens, il est rétréci des deux côtés dans le bassin charnu par les muscles psoas et les tendons de l'iliaque interne. Le *petit diamètre*, *l'antéro-postérieur* ou le *droit* de l'entrée du bassin, partage le bassin en une partie droite et

une partie gauche, et passe de la saillie du sacrum à la partie supérieure de la symphyse du pubis; il a un pouce de moins que les précédens.

L'excavation, la capacité ou *la cavité* du bassin est plus spacieuse que les détroits entre lesquels elle se trouve. A sa partie inférieure elle est un peu retrécie par les deux épines de l'ischium, qui ne sont éloignées l'une de l'autre que d'environ quatre pouces; ce diamètre arrête quelquefois la sortie de la tête.

Le détroit inférieur, ou *la sortie du bassin* offre un *diamètre droit* ou *antéro-postérieur,* entre la partie inférieure de la symphyse du pubis et la pointe du sacrum; vû qu'à cause de la rétrocession du coccyx, cet os n'entre pour rien dans la dimension de ce diamètre, tant qu'il n'est pas soudé avec le sacrum, ce qui n'arrive que dans des cas contre-nature; il est de quatre pouces à quatre et demi. Le diamètre *transversal* de la sortie du bassin, d'une tubérosité de l'ischium à l'autre, est de trois pouces neuf lignes à quatre pouces trois lignes. La distance entre les tubérosités de l'ischium et entre celles-ci et la pointe du sacrum est à peu près d'une égale dimension, de manière que la pointe du sacrum et les deux tubérosités de l'ischium peuvent être regardées comme les trois pointes d'un triangle équilatéral d'environ un pied de circonférence.

Ces mêmes distances d'une tubérosité de l'ischium à la pointe du sacrum sont d'après les uns les deux diamètres *obliques* de la sortie ; mais d'après quelques autres, c'est la distance qui est entre chaque symphyse de la branche descendante du pubis avec la branche ascendante de l'ischium et le milieu du ligament sacro-sciatique du côté opposé.

L'axe ou *la ligne centrale* du détroit supérieur est la ligne qui tombe perpendiculairement sur le milieu du diamètre antéro-postérieur, ou au centre du plan incliné que forme l'entrée du bassin. En consequence sa direction est de la region ombilicale, en arrière vers le sacrum, ou verticale vers le plancher chez la femme couchée sur le dos. Mais elle varie suivant l'inclinaison individuelle a) de ce plan incliné.

L'axe ou *la ligne centrale* de l'excavation du bassin, est une ligne courbe qui reste toujours à une distance égale des parois du bassin, et passe du centre du détroit supérieur au centre du détroit inférieur. Elle rencontre les axes de ces deux détroits à des angles assez

---

a) *Stein* a inventé un instrument trigonométrique, moyennant lequel on peut déterminer au juste l'inclinaison individuelle du plan incliné que représente l'ouverture supérieure du bassin ; il l'appelle *Cliséomètre.*

obtus, et sa direction est à-peu-près parallèle au plancher chez la femme couchée sur le dos.

L'axe de la sortie du bassin est la ligne qui passe par le centre des parties externes, et qui tombe perpendiculairement sur le centre de la sortie ; elle rencontre celle de l'excavation à un angle obtus.

Entre les parties molles contenues dans le bassin et dont la parfaite connaissance est essentielle à l'exercice de l'art des accouchemens, il faut avoir particulièrement égard à la portion vaginale de la matrice, aux bords de son orifice, et aux différens nerfs qui peuvent être affectés par le forceps. L'accoucheur doit être en état de se rendre compte à lui-même, de tous les accidens et de toutes les douleurs qui surviennent, qu'elles soient causées par la nature ou par l'instrument ; il doit en connaître les causes, le danger, et savoir s'il est possible ou nécessaire de les éviter ou d'y remédier, et par quels moyens.

b) *La tête d'un enfant à terme* offre également différentes dimensions ou *diamètres.* Les deux plus petits ont environ trois pouces six lignes ; ce sont le *vertical* et le *transversal ;* celui-ci est la distance d'une tubérosité pariétale à l'autre, et le vertical passe du sommet de la tête à la partie postérieure du grand trou occipital. La distance entre le front et le milieu

de l'occiput est de quatre pouces à quatre et quatre lignes, elle forme le *diamètre droit* ou *longitudinal;* et celle qui se trouve entre la pointe du menton et la partie supérieure de la petite fontanelle forme le *diamètre oblique* de la tête, qui est de cinq pouces environ, et qui s'allonge considérablement pendant le travail.

Afin de pouvoir prononcer avec certitude quelle est la position de la tête, il faut en désigner le diamètre qui est arrêté ou engagé et celui du bassin auquel il répond; il faut en outre reconnaître la région de la tête qui se présente, sa direction et la partie du bassin vers laquelle une région déterminée de la tête est tournée. C'est par le toucher qu'on s'assure de ces points; et les signes diagnostiques en sont les sutures, les fontanelles, l'occiput et surtout les oreilles. Le contour de la tête qui passe par les deux tubérosités pariétales en est appelé le couronnement. Le front est partagé en deux par la partie antérieure de la suture sagittale, qui est bornée par la racine du nez et l'angle aigu antérieur de la grande fontanelle; les os du front sont moins durs que les autres os du crâne. La fontanelle antérieure ou la grande fontanelle est un espace mou, rhomboïde, dépourvu d'os, où le cerveau n'est couvert que de la dure-mère, du péricrane et des tégumens. La suture coronale y aboutit aux deux angles obtus et latéraux, d'où elle passe à l'oreille. Les os pa-

riétaux offrent deux grandes surfaces rondes, avec leurs tubérosités. La partie postérieure de la suture sagittale s'étend de l'angle aigu postérieur de la fontanelle antérieure, elle marque la connexion des deux pariétaux et finit à la fontanelle postérieure, qui est triangulaire, plus petite, et qui s'efface ordinairement, quand la tête est comprimée, et que l'occipital glisse sous les pariétaux. Elle est facile à distinguer par le concours des sutures angulaire et sagittale, par le voisinage de la tubérosité de l'occipital et par la forme particulière et la dureté de cet os.

c) A l'égard du *forceps il faut observer :*

Placer les branches du forceps de manière que ses bords concaves regardent les os pubis, c'est l'appliquer comme *à l'ordinaire.* Le forceps est appliqué *à contre-sens*, si ses bords concaves sont tournés vers le sacrum.

Le forceps est placé *droit*, si ses bords concaves n'inclinent pas vers un côté du bassin; qu'il soit appliqué comme à l'ordinaire, ou à contre-sens. Il se trouve appliqué *transversalement*, si ses bords concaves regardent un ileum; et il est placé *obliquement* si sa nouvelle courbure est tournée vers une cavité articulaire, ou vers une symphyse sacro-iliaque.

Si la tête se trouve dans le détroit supérieur du bassin, le forceps de Levret sera assez

introduit, quand le pivot se trouve près des parties externes. Pour attirer la tête du dessus du détroit supérieur, le forceps adopté par Baudelocque est à préférer ; mais ces sortes d'accouchemens sont accompagnés de trop de difficultés et de dangers, pour la mère surtout; on ne doit faire usage du forceps en pareil cas, que lorsque cette manière de terminer l'accouchement sera jugée absolument nécessaire.

Chaque fois que l'accoucheur se verra obligé de se servir du forceps, il fera bien, après s'être assuré de la position de la tête, d'examiner l'instrument pour se reconnaître, et de le mettre devant soi dans la direction et la situation qu'il doit avoir, quand il sera bien appliqué. Il se souviendra laquelle des deux branches doit être introduite la première, de quelle manière elle le doit être, et si l'autre branche sera introduite au dessus, ou au dessous de la première.

2) Le rectum et la vessie doivent être évacués avant l'opération.

3) Il ne faut pas négliger de saigner la malade, s'il n'y a pas de contre-indication: il est même quelquefois nécessaire de réitérer la saignée. Par la dérivation du sang des parties génitales, et en diminuant la masse, on préviendra plutôt l'inflammation.

4) Il faut donner à la malade une situation convenable à l'opération. Outre que la femme doit être couchée horizontalement sur le dos

et avoir la sortie du bassin libre, il est bon de la placer assez haut pour que le coude de l'accoucheur, qui est debout, reponde à-peu-près au pubis de la femme.

5) On peut appliquer le forceps sans que la malade en soit instruite.

6) Le forceps doit être chauffé convenablement, et enduit aux extrémités des cuillers d'une matière grasse qui ne soit ni rance, ni irritante.

7) Tant que l'orifice de la matrice ne sera pas ouvert pour permettre l'insinuation des cuillers du forceps, il ne peut être appliqué. La dilatation de l'orifice de la matrice ne pouvant être faite graduellement avec l'instrument et de manière que tous les points du bord de l'orifice soient également menagés, il y aurait trop de danger à le dilater par force.

8) On ne peut se servir du forceps avant la rupture des membranes et l'écoulement des eaux; car il faut appliquer les branches du forceps entre les membranes et la tête, si celle-ci en était encore couverte en partie.

9) Si la femme en travail a de vives douleurs, on peut suspendre l'opération, dans l'espoir que la tête fera encore quelque progrès, et qu'elle descendra davantage; à moins que la fièvre, ou d'autres accidens ne s'y opposent. Plus la tête se trouvera près de la sortie, plus il sera aisé d'opérer. Il faut saisir le moment le plus favorable pour l'opération, et y procéder ni trop tôt, ni trop tard.

10) L'accoucheur travaillera avec plus de facilité dans la direction de l'axe du détroit supérieur, s'il se met à genoux. Il présentera le côté gauche, ou le côté droit suivant la direction de la main qu'il sera dans le cas d'introduire, il se mettra un peu plus du côté opposé à celui où il introduit la cuiller de l'instrument: en un mot il prendra l'attitude la plus commode et la plus convenable.

11) Il faut en croisant la branche, menager toutes les parties externes.

12) La branche du forceps, que l'on prévoit être la plus difficile à appliquer, doit être introduite la première ; c'est sous le pubis qu'il est plus difficile de l'introduire.

13) La main de l'opérateur doit toujours guider la cuiller du forceps qu'il introduit, pour la bien faire passer sur l'oreille, entre le bord de l'orifice de la matrice et la tête de l'enfant ; à cet effet il faut qu'il porte deux ou plusieurs doigts dans le vagin. S'ils ne peuvent être poussés assez avant pour diriger l'extrémité de la cuiller, celle-ci doit être retenue aussi ferme que possible sur la tête, pour qu'elle ne glisse pas sur le bord de l'orifice de la matrice qui en serait pincé. S'il se présente des obstacles qui s'opposent à la progression de la cuiller, ils proviennent ordinairement de certains replis des tégumens du crâne de l'enfant, ou parceque l'extrémité de la cuiller porte avec trop de force

sur la tête, ou contre la paroi du bassin, de sorte que les courbures de l'instrument ne sont pas dans le rapport le plus exact avec celles de la tête et du bassin ; on surmonte ces difficultés en variant la direction de l'instrument par des mouvemens légers d'un côté à l'autre, de haut en bas et de bas en haut.

14) Si la branche introduite avec précaution touche le bord de l'orifice de la matrice ou le presse entre elle et la tête de l'enfant, on s'en apperçoit aussitôt aux vives douleurs que la femme ressent. Cette douleur augmente et l'opérateur éprouve de la résistance, si le bout de l'instrument porte sur l'union de la matrice avec le vagin. Il faut en ce cas retirer la branche pour prévenir cet accident. Cette douleur doit être distinguée de la douleur accompagnée de la résistance qu'éprouve la branche introduite, et qui se fait sentir dans la partie supérieure de la cuisse, lorsque l'instrument touche au psoas et aux nerfs sacrés, ou au nerf crural. Si, par inadvertance, on a placé une cuiller de l'instrument sur le bord de l'orifice de la matrice, de violentes douleurs le feront connaître, lorsqu'on voudra s'assurer qu'elle se trouve bien appliquée, en pressant la cuiller contre la tête, avant que de croiser et d'unir les branches du forceps. Si l'orifice de la matrice

se

se trouvait engagé, il faudrait dégager le forceps et l'appliquer de nouveau.

15) Le forceps doit être appliqué, tant que possible, sur les oreilles, et jamais sur la face: on ne doit non plus l'introduire sous la symphyse du pubis et sur la saillie du sacrum, la forme du forceps et la structure de ces parties ne s'accordant pas. Il faut toujours l'appliquer de manière à ne point être obligé d'en faire passer une branche sur la saillie du sacrum, ou sous la symphyse du pubis, en fesant faire à la tête les mouvemens de torsion nécessaires. Ces parties en seraient froissées, le méat urinaire enflammé et son sphincter paralysé; sans parler de douleurs inutilement causées et de la difficulté, sans laquelle cela ne pourrait être effectué.

16) Aussitôt qu'une branche est appliquée, il faut la presser contre la tête et la retirer un peu pour s'assurer si elle l'est bien, si elle n'est pas exposée à glisser, et si elle ne se trouve pas couchée sur le bord de l'orifice de la matrice. Il faut encore bien s'assurer si la cuiller introduite se trouve vraiment sur la tête, et non sur la tumeur des tégumens du crâne seulement; car cette tumeur peut être considérable et s'accroître presque à la grosseur d'une tête. Enfin on s'assurera par ce procédé si la branche est introduite à la hauteur requise. La première branche étant bien ajustée, on la fera tenir im-

mobile par un aide, et on insinuera l'autre du côté opposé de la même manière et à la même hauteur.

17) La seconde branche du forceps sera appliquée au dessus ou au dessous de la première, de manière que la branche femelle puisse recevoir à l'instant le pivot de la branche mâle. Si après avoir appliqué les deux branches le pivot ne se trouvait pas tourné vers l'ouverture et que pour le passer dedans, il faudrait que la branche qui se trouve en dessous, soit remise en dessus ; on peut le faire sans la dégager, mais on cause de violentes douleurs et les extrémités des cuillers pincent la tête. Quelques accoucheurs jugent néanmoins cette pratique utile pour obliger le bord de l'orifice de la matrice à se retirer, s'il ne l'est pas encore tout-à-fait, en glissant sur le forceps dont les branches écartées le dilateraient davantage ; mais elle exige les plus grandes précautions, vû que la force exercée sur l'orifice de la matrice n'est pas égale sur tous les points de son bord ; ce qui en pourrait causer le déchirement. Si pourtant on était forcé d'y avoir recours, l'écartement des deux branches sera moins considérable, si on en attire l'une auparavant, pour que le bout d'un manche se trouve un peu plus bas, que celui de l'autre.

18) En introduisant une branche, il faut observer:

a) Si la branche doit être insinuée dans la partie antérieure ou supérieure du bassin d'une femme couchée sur le dos, l'extrémité du manche doit être dirigé perpendiculairement vers le plancher ; *et vice versa.*

b) Si la branche doit être appliquée dans le côté droit du bassin, l'extrémité du manche doit se trouver du côté gauche de la femme, lors de son introduction ; *et vice versa.*

c) S'il survient des douleurs en insinuant la branche, il faut attendre qu'elles aient cessés.

d) Il faut toujours avoir présent à l'esprit l'axe de la partie du bassin dans laquelle on opère. Si la tête est encore au détroit supérieur, l'extrémité du manche du forceps doit être dirigée perpendiculairement vers le plancher de la femme couchée sur le dos, quand le forceps se trouvera appliqué ; et le périnée doit être repoussé par l'instrument, pour empêcher que l'extrémité de la cuiller du forceps ne soit pas poussée contre la paroi postérieure du bassin, pour que la tête soit prise dans son milieu, et que le forceps ne glisse pas; si la tête se trouve dans l'excavation du bassin, le forceps doit avoir une direction parallèle au plancher, et si la tête se trouve dans la sortie du bassin, les manches du forceps doivent se replier en haut, quand l'introduction en est faite.

19) Pour faire entrer le pivot de la branche mâle du forceps dans l'ouverture de la branche

femelle et les assujettir, on commencera par donner au pivot la direction convenable, et aux manches la situation qu'ils doivent avoir, lorsqu'ils seront unis ; ce qui se fait plus aisément en saissisant du pouce et de l'index de chaque main les deux crochets que forme le bout du manche, de manière que le pouce se trouve appliqué en dessus. On croise ensuite les branches, si elles ne le sont pas assez ; on fait entrer le pivot dans l'ouverture, on le tourne, on presse les manches du forceps l'un contre l'autre, et on les assujettit avec un ruban. La compression de la tête doit être faite avec précaution et par degré ; elle ne doit pas être plus forte qu'il n'est nécessaire, pour que le forceps ne la quitte pas. La compression trop forte et subite pourrait causer la mort de l'enfant ; ce n'est pas tant pour diminuer le volume de la tête, que pour la saisir de sorte que le forceps ne lâche pas prise, qu'on fait cette compression.

20) L'accoucheur saisit le forceps des deux mains, l'une placée à la jonction des deux branches, les ongles tournés en bas, et l'autre à l'extrémité, les ongles tournés en haut. La main placée à la jonction des deux branches dirigera l'instrument dans le sens de l'axe du détroit duquel la tête doit être retirée. L'index de cette main s'assurera de tems en tems, si la tête descend avec le forceps, à mesure qu'il avance.

La direction de l'attraction sera changée peu à peu, à mesure que la tête passera d'un espace du bassin dans un autre ; quand elle se trouvera à sa sortie, la main placée à la jonction des branches suffira ordinairement pour opérer l'extraction de la tête, si la résistance n'est pas considérable ; et l'autre peut être employée à garantir le périnée.

21) S'il est nécessaire de faire faire à la tête un mouvement de torsion, il faut le faire dans l'intervalle de deux douleurs. Le huitième d'un tour de cercle suffit pour faire passer un diamètre de la tête d'un diamètre du bassin dans un autre du même détroit. Si on en fesait davantage, sans être bien sûr de la position du tronc de l'enfant à l'égard de sa tête, on pourrait causer la mort de l'enfant en lui tordant le cou et en disloquant les vertèbres.

22) L'extraction se fait par un mouvement circulaire ou combiné d'un côté à l'autre, de haut en bas et de bas en haut ; mouvement qui doit être égal et modéré ; elle doit être opérée pendant les douleurs, si la femme en a. Il faut discontinuer de tems en tems pour donner un peu de repos à la femme et pour laisser aux parties le tems de se dilater ; c'est-à-dire, on imitera la nature par l'effet des douleurs artificielles qu'on cause.

23) Quand la tête sera tirée du détroit supérieur dans l'excavation du bassin, il faudra lui faire suivre une marche relative à sa position et au mécanisme de l'accouchement, comme si elle y était poussée par les forces de la nature; mais en lui en fesant faire davantage, on forcerait les vertèbres du cou. La nature seule opère souvent cette torsion, si la résistance n'est pas considérable, et si l'accoucheur abandonne le forceps pour le moment.

24) Si le forceps venait à glisser, il faudrait en dégager avec précaution les branches, l'un après l'autre, et les appliquer de nouveau d'après les règles. L'accoucheur doit dans ce cas empêcher le forceps de lâcher prise et de se trouver retiré de la vulve avec violence et une espèce de fracas; il peut prévenir cet accident fâcheux, s'il voit que le forceps avance tandis que la tête ne change pas de place.

25) On fait bien de dégager le forceps afin de l'ôter, si la tête est amenée dans le détroit inférieur et d'en abandonner l'expulsion à la nature, si les douleurs sont encore assez fortes; pour que l'extension des parties externes qui ont déjà beaucoup souffert par le frottement, soit moins forcée, et que la fourchette puisse être ménagée avec plus de facilité. Le déchirement de la fourchette arrivera plutôt sans cette précaution, parceque l'extension des parties ne peut être opérée assez lentement dans les ac-

couchemens à forceps; parceque la tête comprimée ordinairement par le forceps entre les deux tubérosités de l'ischium s'allonge par son diamètre qui se trouve entre le coccyx et l'arcade du pubis, parceque le forceps occupe aussi un peu de l'espace que la tête doit franchir; mais surtout parceque la partie des cuillers du forceps, qui se trouve hors de la vulve contribue à prolonger les parties externes, et les empêche de s'appliquer parfaitement sur la tête, dont la forme sphérique les dilaterait par degrés et d'une manière égale; le périnée ne pouvant pour cette raison être également soutenu sur tous ses points et pressé contre la tête. Mais si l'indication portait à retirer entièrement la tête par le forceps, les extrémités de ses manches devront être dirigées en haut et vers le ventre de la femme pendant l'extraction, à mesure que la tête se développe. Dans ce cas ce ne sont point les extrémités des cuillers qui pourront déchirer le périnée, à moins qu'elles ne se trouvent pas justement appliquées.

26) Si c'est le front qui se trouve sous l'arcade du pubis, il faut le repousser, pour que l'occiput se développe le premier.

27) Si la tête étant sortie, les épaules se trouvent encore arrêtées, l'extraction en doit être faite conformément aux règles de l'art, pour que la fourchette ménagée jusqu'à présent n'en soit pas déchirée.

Règles particulières

sur l'usage du forceps pour les différens cas, déterminés par la position de la tête et son rapport avec les diamètres du bassin.

§. 4.

Si c'est le *diamètre antéro-postérieur* du détroit supérieur du bassin qui empêche la tête de descendre.

Premier cas de l'application du forceps.

Si le diamètre *antéro-postérieur* empêche la tête de descendre et que ce soit le diamètre *transversal* de la tête qui y est engagé, le front regarde l'un ou l'autre ileum. Le forceps doit être appliqué *comme à l'ordinaire et obliquement.* b)

---

b) Dans ce cas DELEURYE et SAXTORPH enseignent à appliquer le forceps comme à l'ordinaire et droit, de manière qu'une cuiller se trouve sur le front et l'autre sur l'occiput de l'enfant. Mais le forceps n'a pas beaucoup de prise sur l'occiput, il maltraite la face, et le diamètre transversal de la tête serait augmenté, si elle était comprimée suivant sa longueur, ce qui en augmenterait aussi la résistance.

STEIN est du même avis, mais il veut que le forceps soit placé le plus perpendiculairement possible, pour que les extrémités des cuillers ne soient pas couchées sur la face, et que le front et l'occiput soient

1) Si c'est *l'ileum gauche que regarde le front*, on introduit *d'abord la branche mâle du forceps* sous la symphyse de la branche descendante du pubis avec l'ischium *du côté gauche.*

On introduira dans le vagin la main droite ou quelques doigts le plus avant que possible; cependant à moins que la tête ne soit encore très éloignée, il n'est pas nécessaire d'y intro-

---

logés plus convenablement dans l'excavation de l'instrument. Smellie, Johnson et Baudelocque §. 1782 - 1784. 1801 - 1812. 1820 - 1822. édit. de 1789, enseignent dans ce cas à appliquer le forceps transversalement, de sorte qu'une branche en est placée sous la symphyse du pubis, et l'autre sur la saillie du sacrum. Mais si ce sont précisément ces deux points qui arrêtent la tête, l'instrument ne passera pas entre eux et la tête; et le frottement de ces parties est douleureux et peut avoir des suites fâcheuses.

Le conseil d'appliquer le forceps sur le front et l'occiput, de relever la tête au dessus du détroit supérieur, d'en changer la direction et d'ôter le forceps, pour reprendre la tête par ses côtés, est encore moins à suivre. On peut bien, dans quelques cas, faire remonter la tête *avec la main* au dessus du détroit supérieur, pour en changer la direction et pour placer les branches du forceps sur les côtés du bassin et de la tête, comme le conseillent Smellie et Baudelocque; mais si on est obligé de placer une cuiller sur l'occiput et l'autre sur le front, il y a bien moins d'inconvéniens d'attirer la tête dans l'excavation pour y changer sa position, que de la repousser.

duire le pouce. L'extrémité des doigts précédera l'extrémité de la cuiller et la dirigera dans sa marche vers l'ileum gauche ; le manche étant dirigé obliquement en haut et vers le côté droit de la femme. L'extrémité du manche sera baissée et amenée dans la direction de l'axe de l'entrée du bassin à mesure que la cuiller avance, qui après être dirigée sous le bord de l'orifice de la matrice, et portée assez haut pour que son excavation embrasse le front, sera poussée sur la tempe gauche de l'enfant par les doigts appuyés à son bord convexe. La cuiller de cette branche sera bien placée si elle se trouve sous le pubis gauche, sur le côté gauche de la tête, un peu plus vers la face que vers l'occiput ; sa direction doit être obliquement de gauche à droite, et conformément à la direction de l'axe de l'entrée du bassin de haut en bas. Après s'être assuré que les deux côtes de la cuiller sont bien appliquées sur la convexité de la tête, on fait tenir la branche de l'instrument par un aide.

La branche femelle du forceps sera appliquée *au dessus* de l'autre, et sur le *ligament sacro-sciatique droit.* La direction en sera à cet effet oblique de gauche et d'en haut à droit et en bas, de manière que son bout extérieur se trouve vis-à-vis l'épine supérieure antérieure de l'ileum gauche. Elle sera insinuée par la main gauche et dirigée sur le côté droit

de la tête, un peu plus vers l'occiput, au dessus de la symphyse sacro-iliaque droite, tandis que la main droite placée au bout extérieur de la branche la pousse en avant dans le vagin, par un mouvement du haut en bas, et de gauche à droite, avec les précautions déjà indiquées.

Quand on se sera assuré que les deux côtes de la cuiller se trouvent bien appliquées à la convexité de la tête, on joindra les deux branches.

La manière la plus convenable de saisir le forceps est d'appliquer la main gauche à la jonction des deux branches, le dos de la main tourné en haut, et d'appliquer la main droite aux extrémités des manches, les ongles tournés en haut. On fera passer dabord le *diamètre de la tête* qui se trouve dans le *diamètre antéro-postérieur* du détroit supérieur dans le *diamètre oblique* de ce détroit, entre la cavité cotyloïde gauche et la symphyse sacro-iliaque droite, en fesant faire au forceps le huitième d'un tour de cercle vers la gauche, sans changer sa direction longitudinale, et en repoussant en même tems *un peu* la tête, s'il est nécessaire ou *possible*, pour la dégager des deux points de contact qui forment l'obstacle. Mais si la tête était déjà trop engagée dans le détroit supérieur, il faudrait l'attirer dans l'excavation du bassin, sans s'obstiner à vouloir opérer ce changement de position de la tête.

L'attraction du forceps se fait dans le sens de l'axe de l'entrée du bassin, vers le plancher. Aussitôt que la tête aura franchi le détroit supérieur, on lui fera faire le mouvement de torsion pour placer l'occiput sous l'arc du pubis, en dirigeant le pivot directement en haut; en même tems on relevera insensiblement le bout extérieur du forceps pour lui donner une direction parallèle au plancher, afin de pouvoir continuer l'extraction dans le sens de l'axe de l'excavation.

Aussitôt que la tête se trouvera ainsi tirée dans la sortie du bassin, on relevera davantage le bout extérieur du forceps pour lui donner la direction de l'axe de ce détroit.

Lorsque le diamètre transversal de la tête aura franchi le diamètre transversal de la sortie du bassin, on dégagera le forceps pour abandonner à la nature la fin de l'accouchement.

Mais si l'indication portait de finir l'accouchement par le forceps, on achevera de faire l'extraction de la tête, en tenant le forceps d'une main placée à la jonction des branches, le dos de cette main tourné en haut et en repliant le bout extérieur vers le ventre de la femme. L'autre main sera occupée à soutenir et à garantir le périnée.

2) Si *le front* est tourné vers *l'ileum droit* on introduit *d'abord la branche femelle*

du forceps, qu'on placera sous *la branche descendante du pubis droit; ensuite la branche mâle sur le ligament sacro-sciatique gauche, au dessous* de la branche qui est déjà appliquée. On termine l'accouchement de la même manière, mais ce qui a été dit du côté droit, doit être référé au côté gauche, et vice versa.

Second cas pour le forceps.

Si dans le *diamètre antéro-postérieur* du détroit supérieur, c'est *le diamètre droit de la tête*, qui se présente et que le forceps est indiqué, c) le front, ou l'occiput qui se trouve appuyé contre la symphyse du pubis repondra à l'arc lors de la sortie de la tête.

---

c) *Baudelocque* §. 1760 et suiv. 1790 et suiv. 1816 et suiv. — On peut remédier à cette position de la tête, si l'on prévoit que les forces de la nature ne suffiront pas pour la faire descendre dans l'excavation du bassin, en tournant le diamètre droit de la tête dans l'un des obliques de l'entrée du bassin au moment de l'écoulement des eaux. Même sans cela la tête peut descendre dans l'excavation du bassin, mais l'accouchement en devient long et douloureux. C'est la force et l'effet des douleurs, la tumeur de la tête, la diminution de sa grosseur en s'allongeant, l'état de la malade, qui décideront si le forceps doit être mis en usage, ou si l'accouchement peut être abandonné à la nature.

Dans les deux cas le forceps sera appliqué *droit* et *comme à l'ordinaire*, et la branche mâle sera introduite la première du côté gauche. La main droite guidera la cuiller, et la main gauche placée au bout extérieur la portera d'en haut et du côté droit, en bas et dans la direction de l'axe de l'entrée du bassin. Par ce mouvement combiné la cuiller sera poussée en avant et placée sur le pariétal. La branche femelle sera introduite de la même manière au dessus de la branche mâle, avec la différence que ce qui est dit du côté gauche doit être entendu du côté droit et vice versa. Si c'est le front qui est tourné vers le pubis, la direction des extrémités des manches du forceps doit être moins oblique vers le plancher, pour que les extrémités des cuillers ne pincent pas la face du foetus.

La réunion des deux branches faite, la tête sera poussée un peu en haut pour la dégager des points de contact au bassin qui l'empêchent de descendre, si cela est nécessaire et encore possible. On tournera la tête pour la loger avec son diamètre droit dans l'un des obliques du détroit supérieur et on l'attire dans l'excavation suivant la direction de l'axe de l'entrée.

En donnant au forceps la même position qu'il avait avant que d'avoir été tournée, s'il l'a été, on logera le front, ou l'occiput dans l'ar-

cade du pubis, et on terminera l'accouchement en continuant l'extraction de la tête conformément à l'axe du bassin, comme il vient d'être exposé dans le premier cas pour le forceps.

Si le front doit être placé sous le pubis, il faudra le repousser sous l'arcade pour dégager le premier l'occiput, qui au lieu de se relever en sortant du côté du pubis, se renversera sur le périnée, dès que la nuque paraîtra vis-à-vis la fourchette.

Troisième cas pour le forceps.

Si dans le diamètre *antéro-postérieur* de l'entrée du bassin c'est le diamètre *oblique* de la tête qui se présente, *de manière que le vertex est appuyé contre la saillie du sacrum.*

Cette position est ordinairement causée par l'obliquité de la matrice d'avant en arrière. Son orifice se trouvant dans ce cas dirigé vers la dernière vertèbre lombaire, la tête appuyée et pressée par chaque contraction de la matrice contre cette partie ne pourra descendre; et si on ne procède pas de bonne heure à corriger cette mauvaise position de la tête, ou à retourner l'enfant, la saillie du sacrum s'engagera dans la fontanelle antérieure, le cou de l'enfant, ou sa nuque sera pressée contre la partie superieure de la symphyse du pubis, et la tête ne tardera pas à être enclavée.

Dans cet état c'est *la face*, l'occiput, d) ou une oreille qui se présente à l'entrée du bassin.

a) Si c'est *l'occiput* qui se présente, le vertex étant appuyé contre la saillie du sacrum, la nuque se trouvera à la symphyse du pubis. *L'occiput* sera logé sous l'arcade du pubis, lors de la sortie de la tête.

b) Si c'est *la face* qui se présente, le vertex étant appuyé contre la saillie du sacrum, le menton se trouvera à la symphyse du pubis, et c'est *le front* qui sera logé sous l'arcade du pubis, lors de la sortie de la tête.

Dans ces deux cas l'application du forceps est la même.

1) On applique le forceps *droit* et *comme à l'ordinaire* le plus près possible du vertex et de la symphyse sacro-vertébrale.

2) On dégage le vertex de la saillie du sacrum, et on le tourne vers l'une des symphyses sacro-iliaques; il est indifférent vers laquelle. Si la résistance est considérable et que la tête ne soit pas encore trop avancée, on peut la repousser un peu pour la dégager, avant que de la tourner.

3) On tire le vertex de cette symphyse sacro-iliaque dans l'excavation du bassin. Cette attraction sera dirigée vers le côté opposé de la symphyse sacro-iliaque où se trouve le vertex.

---

d) *Baudelocque* §. 1830 suiv. 1845.

4) Aussitôt qu'on s'apperçoit que le vertex descend dans l'excavation du bassin, il faut peu-à-peu changer la direction de l'attraction, en donnant à l'instrument celle de l'axe de l'excavation et en le tournant en même tems, par un mouvement de torsion contraire à celui qu'on a fait pour dégager le vertex de la saillie du sacrum, pour loger l'occiput ou le front sous l'arcade du pubis.

5) Si on ne peut loger de cette manière le front ou l'occiput sous l'arcade du pubis, parceque le bord de la nouvelle courbure d'une branche du forceps se trouve arrêté à cet os, il faut dégager le forceps et le remettre une seconde fois sur les pariétaux pour donner à la tête la facilité de passer le détroit inférieur.

c) Si c'est *une oreille* e) qni *se présente,* le vertex étant appuyé à la saillie du sacrum, le menton ou le cou se trouve à la symphyse du pubis.

1) Le forceps sera appliqué de la même manière, mais une cuiller se trouvera placée sur le front et l'autre sur l'occiput.

---

e) La méthode indiquée par *Baudelocque* §. 1845-1850 diffère; et certainement s'il est possible de retourner l'enfant ou de redresser la tête au moyen d'une main introduite dans le vagin, il faut suivre le conseil de ce célèbre auteur. Mais si le moment en était passé, il faut en venir à la méthode préscrite.

2) Le vertex sera tourné vers la symphyse sacro - iliaque du côté vers lequel l'occiput est tourné,

3) La tête étant attirée dans l'excavation, sa situation est à-peu-près la même, que si le diamètre transversal de la tête s'étant présenté au diamètre antéro-postérieur de l'entrée, elle avait été poussée dans l'excavation dans la même position. Alors le forceps doit être dégagé et remis sur les pariétaux, comme il est dit dans le premier cas pour le forceps, eû égard toute fois à l'axe de la partie du bassin où la tête se trouve ; à moins que la force des douleurs et la proportion des diamètres de la sortie du bassin avec ceux de la tête ne permettent d'en confier l'expulsion aux soins de la nature.

Cette position de la tête est extrêmement rare, parceque les épaules de l'enfant en empêchent l'enclavement, de manière qu'il est presque toujours possible de terminer cet accouchement en retournant l'enfant.

Le *lévier* ne serait pas d'un grand avantage dans ce cas. Comme la saillie du sacrum se trouve ordinairement engagée dans la fontanelle antérieure, le lévier ne pourrait être introduit entre ces deux points sans les froisser. Cependaut il pourrait servir pour redresser la tête, si elle est encore mobile.

Quatrième cas pour le forceps.

Si dans le diamètre *antéro-postérieur* de l'entrée du bassin c'est le *diamètre oblique* de la tête qui se présente de manière que le *vertex* est *appuyé* contre le *pubis*. f)

a) Si c'est *l'occiput qui se présente*, la nuque se trouve à la saillie du sacrum, et le front se développe de dessous l'arcade du pubis, à la sortie de la tête.

b) Si c'est *la face qui se présente*, le menton se trouve à la saillie du sacrum, et l'occiput se développe de dessous l'arcade du pubis, à la sortie de la tête.

c) Si c'est *une oreille qui se présente*, l'occiput est tourné vers un ileum et le front vers l'autre.

Lorsqu'il n'y aura plus moyen de remédier à ces mauvaises positions de la tête, ou de retourner l'enfant, on se servira du forceps de la manière suivante.

---

f) Le vertex comprime ordinairement dans ce cas le cou de la vessie, ce qui cause une rétention d'urine et rend difficile l'application de la sonde.

Baudelocque §. 1824 — 1829 décrit à-peu-près ce cas, mais sa manière d'opérer n'est pas la même.

1) On applique le forceps *à contre-sens* g) et *droit* aussi près que possible du vertex, au point que son bord convexe touche les os pubis ; car la force de l'attraction agit plus sur les points de la tête qui se trouvent entre les deux côtes du bord convexe du forceps : et comme c'est le vertex qui doit être dégagé et attiré dans l'excavation du bassin, c'est cette même partie du forceps qui doit y être appliquée. Car si le forceps était appliqué comme à l'ordinaire, le bord concave tourné en haut vers le pubis, c'est sur le menton et sur le cou que s'exercerait la force de

---

g) C'est Levret qui enseigna cette méthode d'appliquer le forceps *à contre-sens* dans ses cours particuliers ; et pour mieux diriger la force de l'attraction vers le sacrum et détourner le vertex du pubis vers le centre du bassin, il passa un ruban par les fenêtres du forceps, qui servit à cette attraction ; mais la main placée à l'endroit de la jonction des deux branches remplira mieux ce but et avec moins d'inconvéniens. Stein se sert dans ce cas du ruban, mais il place le forceps à l'ordinaire. Baudelocque § 1769 et 1800 se prononce contre la manière d'appliquer le forceps à contre-sens. Cependant cet expédient est le plus propre à dégager le vertex, lorsque la tête se trouve encore au détroit supérieur, pour l'entraîner dans l'excavation. Aussitôt qu'elle y sera amenée, le forceps pourra être dégagé et remis à l'ordinaire. Les forceps de *Johnson* et de *Stark* peuvent être appliqués dans ce cas comme à l'ordinaire.

l'attraction, et l'enclavement en serait augmenté. A cet effet la branche femelle doit être appliquée la première, et la branche mâle au dessus d'elle.

Le forceps sera le plus possible dirigé perpendiculairement vers le plancher et poussera la fourchette en arrière.

2) Le vertex sera tourné vers une cavité cotyloïde par le huitième d'un tour de cercle. Si c'est la face au l'occiput qui se présente, il est indifférent vers lequel des côtés on tourne le forceps ; mais si c'est une oreille qui se présente au centre du bassin, ce mouvement de rotation doit être dirigé vers le côté où se trouve le front, pour que ce soit l'occiput et non le front qui soit développé de dessous le pubis lors de la sortie de la tête. Si la tête n'est pas encore trop engagée dans le détroit supérieur, il faut la repousser et la faire remonter au dessus de ce détroit, avant que d'opérer ce mouvement de rotation.

3) Le vertex doit ensuite être amené dans l'excavation du bassin ; en conséquence l'attraction sera dirigée vers le ligament sacro-sciatique du côté opposé à la cavité cotyloïde où se trouve le vertex.

4) On tourne la tête tirée jusqu'à la sortie de manière que l'occiput soit placé sous l'arcade du pubis : en conséquence on tourne le forceps vers le côté d'où on l'avait détourné.

5) Ordinairement ce mouvement de torsion ne peut être effectué, et il faut dégager le forceps et l'appliquer comme à l'ordinaire et un peu obliquement, afin de pouvoir continuer l'extraction et loger l'occiput sous l'arcade du pubis.

Le levier ne pourra pas beaucoup servir dans ce cas, car il devrait être introduit sous la symphyse du pubis, ce qui est très difficile et dangereux.

§. 5.

Si c'est le *diamètre transversal* du détroit supérieur qui empêche la tête de descendre.

S'il faut avoir recours au forceps, lorsque le diamètre *transversal de la tête* se trouve dans le diamètre *transversal du détroit supérieur*, le diamètre droit de la tête se trouvant en même tems dans l'antéro-postérieur de l'entrée, le forceps doit être appliqué comme il est dit au *second cas* pour le forceps.

Si le diamètre *droit de la tête* répond au *transversal de l'entrée*, le diamètre transversal de la tête se trouvant en même tems dans l'antéro-postérieur; la position de la tête et l'application du forceps est la même qu'au *premier cas* pour le forceps.

Si dans le *diamètre transversal de l'entrée du bassin* c'est *l'oblique de la tête* qui se présente.

Cinquième cas pour le forceps.

Lorsque le *diamètre oblique de la tête* se trouve dans le *transversal du détroit supérieur*, [h]) le vertex est appuyé contre l'un ou l'autre ileum, et c'est l'occiput, la face, ou une oreille qui se présente au toucher.

a) Si c'est *l'occiput* qui se présente, le vertex est appuyé contre un ileum et la nuque contre l'autre.

1) On applique le forceps transversalement le plus près possible de l'ileum que touche le vertex, de manière que les deux cuillers du forceps soient introduites dans la même moitié du bassin, l'une sous l'os pubis et l'autre sur le ligament sacro-sciatique du même côté, et que les bords convexes du forceps touchent l'ileum en question, tandis que les bouts des manches seront dirigés vers le plancher et le côté opposé.

2) On entraîne la tête dans l'excavation du bassin en tirant du côté où le vertex est appuyé, vers l'autre. Dès que l'on observe que le vertex descend, on commence à tourner la tête et à diriger l'instrument pour que ses bords concaves regardent le pubis, que ses branches

---

h) Cette position de la tête est à-peu-près la même que décrit *Baudelocque* § 1834 — 1840.

soient parallèles au plancher, et que l'occiput soit logé sous l'arcade du pubis. i)

b) Si *la face* se présente, le vertex est appuyé contre un ileum et le menton contre l'autre.

1) Le forceps sera appliqué de la même manière, mais aussitôt que le vertex commencera à descendre, les bords concaves du forceps doivent être tournés vers le périnée, pour loger l'occiput sous le pubis.

2) Si le forceps se trouvait arrêté par les os qui forment le détroit inférieur, ou si le frottement des parties devenait trop considérable par cette torsion, il faudrait dégager le forceps et l'appliquer de nouveau obliquement, comme il l'a été, mais à l'ordinaire. Si les contre-indications qui s'opposent au même mouvement de torsion provenaient de la situation du tronc de

---

i) Si le diamètre oblique de la tête se trouve dans le transversal de l'entrée du bassin, le diamètre transversal de la tête répond en même tems à l'antéro-postérieur de l'entrée, et le forceps pourrait être appliqué comme au *premier cas.* Par cette pratique l'occiput serait tourné plus aisément sous le pubis; mais la force de l'attraction n'agirait pas aussi bien sur le vertex, et ferait descendre plutôt la nuque ou le menton; les vertèbres du cou en seraient trop fatiguées et distendues, et la vie de l'enfant serait plus exposée. Mais si la tête avait déjà franchi le détroit supérieur, il faudrait appliquer l'instrument comme au *premier cas.*

l'enfant dans la matrice, l'occiput ne devrait pas être forcé sous l'arcade du pubis, mais il faudrait y loger le front, pour ne pas exposer la vie de l'enfant par la contorsion et la luxation des vertèbres cervicales. Car si la poitrine et le ventre de l'enfant étaient tournés un peu plus vers les tégumens du bas-ventre de la mère dès le commencement du travail, et que la matrice se contractât sur le tronc du foetus, l'occiput ne pourrait être forcé dans l'arcade du pubis sans danger pour l'enfant. Dans de pareils cas en abandonnant pour quelques momens le forceps à lui même, la nature fait souvent un mouvement qui indique à l'opérateur de quel côté la torsion doit être faite.

c) Si c'est *une oreille* qui se présente, le vertex est appuyé contre un ileum et le menton contre l'autre, l'occiput ou le front qui se trouvera tourné vers le pubis se développera de dessous l'arcade lors de la sortie de la tête.

1) Le forceps sera appliqué comme si c'était la face ou l'occiput qui se présentat, mais une cuiller sera placée sur le front et l'autre sur l'occiput.

2) Aussitôt que le vertex sera descendu dans l'excavation du bassin, il faudra dégager le forceps.

3) La tête ayant actuellement une position presque naturelle, on peut laisser à la nature terminer l'accouchement, ou s'il est néces-

saire de le terminer par le forceps, on l'appliquera une seconde fois comme à l'ordinaire et droit.

Le *levier* introduit dans ce cas entre l'ileum et le vertex pourrait être employé avec succès pour faire descendre le vertex dans l'excavation et remédier par là à la mauvaise position de la tête.

§. 6.

Si c'est le *diamètre oblique de l'entrée du bassin* dans lequel la tête se trouve engagée.

Sixième cas pour le forceps.

Si le *diamètre transversal* de la tête se trouve dans l'un des obliques et que c'est le *diamètre droit*, ou le *diamètre vertical* de la tête, qui se trouve dans l'autre oblique. k)

Le front ou l'occiput sera placé sous l'arcade du pubis à la sortie de la tête, suivant que l'un ou l'autre est tourné vers le pubis, lors de l'application du forceps.

Le forceps doit être appliqué *comme à l'ordinaire* et *obliquement*. Une cuiller sera introduite sous la branche descendante du pubis du côté auquel un pariétal est appuyé, et l'autre

---

k) *Baudeloeque* § 1770 et suiv.

cuiller le sera au dessus du ligament sacro-sciatique du côté opposé. La tête sera entraînée dans l'excavation du bassin, et l'accouchement sera terminé d'après les règles déjà indiquées.

C'est de cette manière que le forceps doit être appliqué, lorsque la tête se présentant dans *la position naturelle la plus commune* [1]) au détroit supérieur du bassin, ou encore au dessus.

Avant le travail, et avant que la tête soit appuyée sur le détroit supérieur du bassin, soit qu'elle y soit pressée par les douleurs, ou qu'elle y tombe par son propre poids, l'occiput est tourné vers l'ileum gauche la fontanelle antérieure vers l'ileum droit, le pariétal gauche vers la dernière vertèbre lombaire, et le pariétal droit vers le bord supérieur du pubis. A la fin de la grossesse et au commencement du travail la tubérosité du pariétal gauche pressée contre la saillie du sacrum glisse de dessus elle et se loge dans la symphyse sacro-iliaque gauche, vers laquelle est déterminé la contraction de la matrice, dont l'axe longitudinale est dirigée d'avant et du côté droit en arrière et vers le côté gauche. La cause de cette direction oblique de la matrice vers la symphyse sacro-

---

1) L'accouchement naturel de la première espèce de *Baudelocque* § 674 et suiv.

iliaque gauche pendant la grossesse provient plutôt de l'habitude et de la nécessité où se trouvent les femmes enceintes d'être couchées sur le côté droit, pour éviter que le fond de la matrice ne presse contre l'estomac et empêche la digestion, que de la situation du rectum, qui néanmoins dispose à cette obliquité hors de la grossesse et dans sa première période, surtout si les excrémens y sont accumulés et retenus pendant long tems : mais il n'est pas aussi facile d'expliquer pourquoi l'occiput est plutôt tourné vers le côté gauche que vers le côté droit du bassin.

Au commencement du travail, dès que l'orifice de la matrice s'ouvre, on trouve ordinairement que la tête se présente de manière que son diamètre transversal s'engage dans celui des deux obliques de l'entrée qui est entre la cavité cotyloïde droite et la symphyse sacro - iliaque gauche : dans l'autre diamètre oblique, ce n'est pas le diamètre droit de la tête, mais c'est le vertical qui se présente, du moins pendant les deux premières périodes de l'accouchement. La fontanelle postérieure est tournée vers la cavité cotyloïde gauche, et la fontanelle antérieure vers la symphyse sacro-iliaque droite. La partie de la suture sagittale qui est entre les deux fontanelles, répond à la direction du diamètre oblique de l'entrée, de la cavité cotyloïde gau-

che à la symphyse sacro-iliaque droite ; et le vertex se trouve au centre du détroit supérieur.

L'orifice de la matrice étant presque toujours dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, on découvre, aussitôt qu'il se dilate, à travers des membranes un os dur et sphérique qui est ordinairement la partie postérieure du pariétal gauche ; à moins que l'obliquité de la matrice ne soit plus forte ou différente de ce qu'il vient d'être exposé. A mesure que l'orifice de la matrice se dilate, on touche la partie gauche de la suture angulaire, et enfin on trouve la fontanelle postérieure un peu plus avant, derrière la cavité cotyloïde gauche. Si c'était le diamètre droit de la tête qui s'engageât dans l'oblique de l'entrée, entre la cavité cotyloïde gauche et la symphyse sacro-iliaque droite, la fontanelle antérieure répondrait au centre de ce détroit ; mais elle en est fort éloignée : d'où il appert, *que dans la position naturelle la plus commune de la tête, la face et le front regardent le fond de la matrice*, et que la tête s'engage dans l'un des diamètres obliques de l'entrée avec son diamètre transversal, et dans l'autre avec le vertical : les plus grands diamètres de la tête passent le bassin longitudinalement.

Dans cette position la tête s'engage dans le détroit supérieur et en descend dans l'ex-

cavation qui est plus spacieuse. Là le pubis continue à résister, tandis que la résistance causée par la saillie du sacrum cesse, et la tête est forcée par les contractions de la matrice de faire un mouvement de torsion pour se prêter dans le vuide que lui offre le sacrum: en même tems le menton s'éloigne de la poitrine, et le front se loge dans l'excavation du sacrum. C'est dans ce moment que l'on parvient à toucher la fontanelle antérieure, surtout si on touche avec le doigt indicateur de la main gauche. La suture sagittale se trouve à la fin de ce mouvement dans la direction du diamètre antéro-postérieur de la capacité du bassin. Les épaules de l'enfant ne changent pas de position et s'engagent au diamètre oblique de l'entrée entre la cavité cotyloïde droite et la symphyse sacro-iliaque gauche, la nuque tournée vers le pubis.

La tête pressée dans cette position contre la sortie du bassin vers l'excavation du sacrum, conformément à la direction de l'axe longitudinale de la matrice et de l'axe de l'entrée du bassin, la fontanelle antérieure et le front glissent sur la surface antérieure du sacrum, et la tête se présent au détroit inférieur, le vertex en avant, le diamètre vertical de la tête dans l'antéro-postérieur, et le diamètre transversal de la tête dans le transversal de la sortie du bassin. Le coccyx est repoussé en arrière;

le perinée et l'anus sont poussés en dehors ; le vertex paraît entre les grandes lèvres ; l'occiput se porte en haut, et la tête franchit le détroit inférieur. L'occiput se développe de dessous l'arcade du pubis, et la tête n'éprouve plus qu'une faible résistance de la part du coccyx et des parties molles et externes de la génération. Le front, en suivant le mouvement de l'occiput, se porte en haut, en même tems que le périnée glisse dessus en arrière et la tête sort. La partie postérieure du grand trou occipital appuyée à la partie inférieure de la symphyse du pubis sert de point central à ce mouvement circulaire.

Aussitôt que l'occiput se trouve dans l'arc du pubis et qu'il se fait voir entre les grandes lèvres, la fourchette doit être garantie du déchirement. A cet effet il faut *relâcher le périnée et lui faire gagner le plus de peau possible* en approchant et en poussant vers la fourchette la peau des cuisses et celle des grandes lèvres : m) il faut *soutenir le périnée* d'une manière égale sur tous ses points, pour contrebalancer la force des contractions de la matrice et des muscles abdominaux : il faut *presser la tête contre l'arcade du pubis* pour

---

m) *Osiander* Lehrbuch der Hebammenkunst. p. 378 et suiv. *Schleusner* de praecavenda perinaei ruptura in partu. Jena 1797.

la mieux loger dans l'arc : il faut *arrêter ou rallentir la sortie de la tête* pour que les parties se dilatent successivement et non tout à coup. La main gauche appliquée de manière que la racine de sa surface interne touche la fourchette et que les doigts en soient tournés vers le coccyx et la partie inférieure du sacrum remplit ordinairement ce but. Cette main ne doit quitter le périnée, que quand les épaules de l'enfant seront sorties, parceque c'est elles qui déchirent souvent la fourchette, quand la tête y a déjà passé sans cet accident.

Au moment où la tête sort, la main droite s'en saisira placée à l'occiput et à la nuque : elle suivra le mouvement de torsion qu'elle fait ordinairement pour reprendre sa position naturelle à l'égard de la direction de la poitrine, qui dans ce cas est toujours tournée vers le côté droit de la mère. Aussitôt que les épaules seront sorties, la main gauche servira à soutenir le tronc de l'enfant sans se déplacer ; et les deux mains disposées ainsi finiront à retirer l'enfant suivant la direction de l'axe du détroit inférieur.

Si l'extraction de la tête doit être faite par le moyen du forceps, la main gauche garantira la fourchette de la même manière ; et la main droite placée entre l'endroit de la jonction des deux branches et la tête de l'enfant, les ongles tournés en bas, maniera l'instrument.

Septième

Septième cas pour le forceps.

Si dans le diamètre *oblique* du détroit supérieur *du bassin* le diamètre *oblique* de la tête se présente, et que *le vertex* soit tourné vers une *symphyse sacro-iliaque*, il peut se présenter, comme au troisième cas pour le forceps, l'occiput, la face, ou une oreille; et le forceps sera appliqué comme à l'ordinaire et obliquement.

L'une des cuillers sera introduite sous la branche descendante du pubis du côté qui répond au pariétal de la tête, et l'autre au dessus du ligament sacro-sciatique du côté opposé.

Au reste on termine l'accouchement comme au troisième cas pour le forceps, parceque la tête a la position telle que si son diamètre oblique s'étant trouvé engagé dans l'antéro-postérieur, il eut été dégagé et tourné dans l'oblique de l'entrée du bassin.

Le lévier peut aussi servir dans ce cas.

Huitième cas pour le forceps.

Si le diamètre *oblique de la tête* se trouve dans *l'oblique du détroit supérieur*, le vertex appuyé *derrière une cavité cotyloïde*, c'est l'occiput, la face ou une oreille qui peuvent se présenter; et le forceps doit être appliqué *à contre-sens* et *obliquement*.

Une branche en sera introduite derrière la cavité cotyloïde qui répond au côté de la tête, et l'autre au dessus du ligament sacro - sciatique du côté opposé.

On termine l'accouchement, comme si le diamètre oblique de la tête avait déjà été tourné dans l'oblique du détroit supérieur, d'après le quatrième cas pour le forceps.

Le *levier* servira aussi dans ce cas.

§. 7.

Toute autre position de la tête se réfère à l'un des huit cas susdits, qu'elle se trouve engagée au détroit supérieur, ou au dessus, dans l'excavation du bassin, ou au détroit inférieur; ou si l'enfant attiré par les pieds et sorti jusqu'à la tête ne pouvait être dégagée que par le moyen du forceps. n) Il faut seulement avoir égard au degré auquel il faut introduire l'instrument et à sa direction, qui doit se conformer à l'axe de l'espace du bassin dans lequel la tête se trouve; ou le cas peut être envisagé, comme si la tête avait déjà été attirée dans l'excavation du bassin par le forceps, qui doit être dégagé et appliqué de nouveau.

---

n) *Baudelocque* 1851 — 1857. Avant que d'appliquer le forceps sur la tête d'un foetus sorti jusqu'à la tête, on peut ordinairement donner à celle-ci une position convenable. L'enfant doit être soutenu, son dos renversé vers l'occiput.

L'application du forceps est moins difficile, lorsque la tête est descendue dans l'excavation du bassin, ou à sa sortie, parcequ'elle se trouve plus à portée, et que l'orifice de la matrice s'est ordinairement déjà retiré ; mais alors il est plus difficile de prévenir le déchirement de la fourchette ; et comme les parties sont ordinairement gonflées et prêtes à s'enflammer, l'introduction de l'instrument est plus douloureuse et accompagnée d'inconvéniens. Le danger, la soif, la fièvre et l'inquiétude de la femme en travail qui accompagnent plus ou moins ces accouchemens, fournissent l'indication pour le forceps.

Le diamètre oblique de la tête engagé dans la sortie du bassin offre plus de difficultés. Pour peu que la tête soit volumineuse, elle ne pourra sortir sans le secours de l'art ; le forceps même ne pourra lui donner qu'une position plus convenable, mais non une position naturelle ; et on sera toujours obligé après avoir dégagé le forceps de repousser le front, le menton ou le cou. Il convient ordinairement dans ce cas de faire usage du lévier, ou des doigts pour redresser la tête, ce qui sera moins dangereux et moins douloureux que l'application du forceps.

TABLE.

Page

Introduction ; Abrégé de l'histoire du forceps. 7

Indications pour l'usage du forceps. 17

Règles générales pour les accouchemens à forceps. 23

Règles particulières pour les différens cas de l'application du forceps, déterminés par la position de la tête et son rapport avec les diamètres du bassin. 40

A. Diamètre antéro-postérieur de l'entrée du bassin. 40

Premier cas pour le forceps. Diamètres *antéro - postérieur* de l'entrée et *transversal* de la tête. 40

Second cas. Diamètres *antéro-postérieur* de l'entrée et *droit* de la tête. 45

Troisième cas. Diamètres *antéro-postérieur* de l'entrée et *oblique* de la tête, *le vertex appuyé contre le sacrum.* 47

Quatrième cas. Diamètres *antéro-postérieur* de l'entrée et *oblique* de la tête, *le vertex appuyé contre le pubis.* 51

B. Diamètre *transversal* de l'entrée. 54

Diamètres *transversal* de l'entrée et *transversal* de la tête. 54

Diamètres *transversal* de l'entrée et *droit* de la tête. 54

Cinquième cas. Diamètres *transversal* de l'entrée et *oblique* de la tête. 55

C. Diamètres *obliques* de l'entrée. 58

Sixième cas. Diamètres *obliques* de l'entrée ; le *transversal* de la tête dans l'un, le *droit*, ou le *vertical* de la tête dans l'autre. 58

Position naturelle de la tête, lors de son engagement au bassin. 59

Septième cas. Diamètres *oblique* de l'entrée et *oblique* de la tête, *le vertex tourné contre une symphyse sacro-iliaque.* 65

Huitième cas. Diamètres *oblique* de l'entrée et *oblique* de la tête, *le vertex tourné contre une cavité cotyloïde.* 65

D. Semblables positions de la tête dans l'excavation, ou dans la sortie du bassin ; et lorsqu'après avoir retourné l'enfant, le forceps est indiqué. 66